UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1898-99 N° 339

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES RÉSULTATS DU

TRAITEMENT CHIRURGICAL

DES

TUMEURS DE LA VESSIE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Juillet 1899

PAR

Isidore COMBES

Né à Pibrac (Hte-Gne)

NOMS DES EXAMINATEURS

MM. JEANNEL, ✠, *Président.*

AUDRY.
VIEUSSE. ✠ — *Assesseurs.*
BAUBY.

TOULOUSE

IMPRIMERIE VIALELLE & PERRY

1, RUE DU MAY, 1

—

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM.	LABÉDA, ✪ I.
ASSESSEUR		DUPUY, ✪ I.

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	CHARPY, ✪ I.
Histologie normale		TOURNEUX, ✪ A.
Physiologie		ABELOUS, ✪ A.
Anatomie pathologique		TAPIE, ✪ A.
Pathologie et Thérapeutique générales		HERRMANN, ✪ I.
Pathologie interne		ANDRÉ, ✱, ✪ I.
Pathologie externe		PÉNIÈRES, ✪ A.
Médecine opératoire		LABÉDA, ✪ I.
Thérapeutique		SAINT-ANGE, ✪ I.
Hygiène		GUIRAUD, ✪ I.
Clinique médicale		CAUBET, ✱, ✪ I. MOSSÉ, ✱, ✪ A.
Clinique chirurgicale		JEANNEL, ✪ I. CHALOT, ✪ A.
Clinique obstétricale		CROUZAT, ✪ A.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		AUDRY.
Clinique des maladies mentales		RÉMOND, ✪ A.
Pharmacie		DUPUY, ✪ I.
Chimie et Toxicologie		FRÉBAULT, ✪ I.
Matière médicale		BRAEMER, ✪ I.
Histoire naturelle		LAMIC, ✪ A.

CHARGÉS DE COURS

Anatomie topographique	MM.	SOULIÉ.
Physique		MARIE, ✪ A.
Chimie		GÉRARD.
Histoire naturelle		SUIS.
Médecine légale		GUILHEM.
Bactériologie		MOREL, ✪ A.
Clinique des maladies des enfants		BÉZY, ✪ A.
Clinique ophthalmologique		VIEUSSE, ✱.
Hydrologie		GARRIGOU, ✪ A.
Pathologie expérimentale		MAUREL, ✱, ✪ A.
Obstétrique aux sages-femmes		AUDEBERT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Pathologie interne et Médecine légale	MM.	MOREL, ✪ A. RISPAL. FRENKEL.
Chirurgie		BAUBY. CESTAN.
Accouchements		AUDEBERT.
Anatomie et Histologie		SOULIÉ.
Physiologie		BARDIER, ✪ A.
Chimie		GÉRARD.
Physique		N
Pharmacie		N.
Secrétaire de la Faculté	M.	CHAUDRON, ✪ I.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 mai 1891).

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE

MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR JEANNEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A TOUS MES MAITRES

AVANT-PROPOS

L'utilité du traitement chirurgical des tumeurs de la vessie est aujourd'hui universellement admis.

Le seul point encore discutable a rapport au moment et au genre de l'opération.

Certains auteurs préconisent l'intervention précoce, c'est-à-dire dès que les premiers symptômes permettent de poser le diagnostic ; ils espèrent ainsi pouvoir pratiquer une intervention plus complète.

D'autres, au contraire, sont d'avis d'attendre une aggravation des accidents, soit du côté de la fonction urinaire, soit du côté de l'état général du malade.

En nous appuyant sur les résultats obtenus dans l'un et l'autre cas, nous tâcherons de démontrer quelle sera la meilleure méthode à suivre.

Notre sujet comprendra, dans un premier chapitre, un exposé rapide de l'historique de la question. Dans le second, nous étudierons les indications et les contre indications de l'opération. Les principaux modes de traitement seront mentionnés dans le troisième. Le quatrième contiendra les observations. Les résultats obtenus feront l'objet du cinquième.

Nous poserons ensuite nos conclusions.

Mais avant d'aborder le sujet de notre travail, nous sommes heureux d'adresser nos plus sincères remerciements à tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, qui nous ont dirigé avec tant de dévouement dans nos études médicales.

Que M. le professeur Jeannel, en particulier, nous permette de lui adresser le témoignage de notre vive reconnaissance pour les marques d'estime qu'il nous a accordées, en nous communiquant les sept observations publiées dans cette thèse et en nous faisant l'honneur de la présider.

Que Messieurs les professeurs André, Audry, St-Ange, Bézy, Bauby et Rispal reçoivent l'hommage de notre vive gratitude, pour les savantes

leçons qu'ils nous ont professées et les marques de bienveillance qu'il nous ont témoignées.

Nous ne saurions oublier les marques de sympathie que nous a accordées M. le Dr Gally ; nous le remercions sincèrement.

Que notre ami le Dr Montalègre veuille aussi accepter l'hommage de notre sincère affection.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Le traitement vraiment chirurgical des néoplasies vésicales est de date récente. Jusqu'à ces derniers temps, les notions anatomo-pathologiques et cliniques étaient très peu avancées. Aussi les chirurgiens s'aventuraient rarement à les attaquer de propos délibéré.

La première intervention remonte à Couillard, de Lyon, qui en 1639 extirpa par la voie périnéale une tumeur de la vessie ; malgré son succès, cette heureuse tentative ne fut pas de longtemps renouvelée. Aussi faut-il arriver au chirurgien Colot qui, vers 1727, pratiqua quelques extirpations de fongus de la vessie au cours de la taille périnéale. Quelques insuccès opératoires firent condamner l'intervention.

Vers la fin du XVIIIe siècle, Chopart, dans son *Traité des maladies des voies urinaires*, préconise,

dans les cas de rétention par caillots, l'aspiration encore employée aujourd'hui.

Au point de vue de l'extirpation, Chopart se montre très réservé ; il en reconnaît la possibilité, mais considère l'opération comme devant être exceptionnelle.

Civiale se montre un peu plus entreprenant ; il prétend que les tumeurs bénignes doivent être extirpées et il pose les bases du traitement chirurgical.

Mais ses contemporains ne partagèrent pas sa manière de voir ; et les quelques extirpations que l'on pratiqua restèrent isolées.

Aussi la thérapeutique des tumeurs vésicales était-elle bien limitée ; on se contentait de traiter, le plus souvent médicalement, les symptômes menaçants, sans jamais s'attaquer à leur cause.

Aussi peut-on faire remonter l'histoire du traitement à Billroth, qui en 1874 extirpa, de propos delibéré, une tumeur vésicale chez un enfant de 12 ans.

Il fit d'abord la taille périnéale, qui à cause des dimensions de la tumeur fut jugée insuffisante ; dans la même séance, il attaqua la tumeur par la voie hypogastrique et parvint à l'énucléer.

Cette hardiesse opératoire fut couronnée de succès ; aussi trouva-t-il de nombreux imitateurs.

Wolkmann veut suivre son exemple ; il cherche

à extirper une tumeur chez un homme de 54 ans, mais, moins heureux que son prédécesseur, son malade meurt de péritonite le cinquième jour.

Simon conseille d'extirper les tumeurs de la vessie chez la femme par les voies naturelles ; il préconise la dilatation ou l'incision de l'urèthre pour arriver dans la vessie ; son procédé est à la fois explorateur et curateur.

Thompson, en 1880, pratique sa première boutonnière périnéale, qui lui servira à poser le diagnostic et à enlever la tumeur dans les cas positifs.

Cette opération est acceptée avec enthousiasme par les chirurgiens anglais.

En France elle n'eut pas le même succès, et à part Sabathier, Horteloup et Guyon, qui la trouvèrent défectueuse, elle ne fut pour ainsi dire pas employée. Simon fit accepter sa méthode par les chirurgiens allemands, et dans le cas de tumeurs volumineuses, il décrivit sa taille vaginale en T.

Les ouvrages se multiplient. Thompson publie le premier travail d'ensemble ; il tire de l'analyse des observations l'ébauche de l'anatomie pathologique et du diagnostic.

Les premiers travaux de l'Ecole française apparaissent. Féré publie une intéressante communication sur le cancer de la vessie.

Guyon, grâce à de patientes recherches, perfectionne la technique de la taille hypogastrique et

règle de façon très précise les divers temps opératoires; et de l'examen des faits cliniques, et de l'analyse des symptômes fonctionnels, pose les bases du diagnostic des tumeurs de la vessie ; et la taille périnéale devient une intervention exploratrice le plus souvent inutile ; aussi est-elle abandonnée de tous les chirurgiens français.

Au congrès de chirurgie de 1886, la taille hypogastrique est définitivement adoptée par la majorité des opérateurs.

Petersen apporte quelques modifications, il invente son ballon, qui rend quelques services.

Trendelemburg propose la position déclive de la tête, avec élévation du bassin, ainsi que la taille transversale dans le but d'éviter la séreuse péritonéale.

La position de Trendelemburg ne tarde pas d'être adoptée pour la taille hypogastrique, ce qui en favorise le manuel opératoire.

Le cystoscope fait son apparition, et dès 1887 il est constamment employé par Guyon et ses élèves, il permet de préciser le diagnostic dans les cas douteux.

A mesure que les néoplasies sont mieux connues, nous voyons les interventions chirurgicales devenir plus audacieuses.

Bardenheuc extirpe la vessie à un homme, mais sans succès ; Pawlich pratique la première

cystectomie totale avec succès, et il peut présenter sa malade deux ans et demi après au congrès des chirurgiens allemands.

Mais à côté de ces hardiesses opératoires, plusieurs interventionnistes, plus modestes, cherchent à rendre la paroi vésicale plus accessible au chirurgien.

C'est dans ce but que Helferich Bramann, Clado, Albarran pratiquent leurs résections osseuses.

Je terminerai ce court exposé historique par la mention de l'effrayante intervention de M. le professeur Von Weniwarter, qui, le 3 janvier 1898, extirpa toute la vessie et les organes génito-urinaires pour une énorme tumeur. Le succès opératoire fut d'ailleurs complet : malheureusement l'observation, publiée un mois et demi après l'intervention, ne nous montre pas le résultat thérapeutique. Il est d'ailleurs rare que de pareils délabrements soient justifiés dans le traitement des tumeurs en général, l'envahissement des voies lymphatiques disséminant au loin la néoplasie, contre indiquent une aussi grave intervention.

CHAPITRE II

INDICATIONS ET CONTRE INDICATIONS

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Les tumeurs vésicales étaient considérées au point de vue anatomo-pathologique et clinique comme formant une classe à part ; aussi les chirurgiens, se fondant sur la lente évolution de ces néoplases, n'osaient pas leur appliquer les procédés d'extirpation employés pour les autres tumeurs. La crainte de l'infection et de la récidive justifiait leur abstention.

Grâce aux progrès de la chirurgie contemporaine, l'infection a presque disparu dans ces interventions et la récidive devient de moins en moins fréquente, grâce à une extirpation plus étendue. Des connaissances anatomo-pathologiques, plus approfondies, ont permis de constater la transformation assez fréquente de tumeurs bénignes en tumeurs malignes.

Aussi les indications opératoires deviennent de plus en plus formelles ; car souvent l'intervention est non-seulement commandée par la malignité histologique de la tumeur, mais encore par la gravité des symptômes.

C'est ce qui nous permet de dire avec Albarran « toute tumeur de la vessie étant maligne ou pouvant le devenir, doit être opérée sitôt le diagnostic posé. »

Si les malades étaient ainsi opérés au début, l'on obtiendrait de bien meilleurs résultats ; l'état général serait plus satisfaisant, les tumeurs plus petites ; et conséquemment l'extirpation plus facile et les succès plus fréquents.

Le genre de l'intervention dépendra de la forme clinique de la tumeur. C'est ainsi que dans les tumeurs bénignes pédiculées l'extirpation de la tumeur sans résection de la paroi vésicale sera suffisante.

Dans les tumeurs bénignes sessilles, l'intervention devra être plus large ; la résection de la paroi vesicale s'impose dans la majorité des cas.

Dans les tumeurs malignes pédiculées ou sessilles, la résection de la paroi vésicale est la règle ; et cette résection doit dépasser les limites apparentes de la néoplasie ; dans les tumeurs infiltrées les indications sont très variables : si la tumeur est petite et récente l'on peut tenter l'extirpation avec large

résection de la paroi ; si la tumeur est grosse, l'extirpation n'est guère possible, car la récidive est la règle.

Quant à l'extirpation totale de la vessie avec la tumeur, les indications restent limitées ; car l'opération est très grave et les résultats incertains, et il faut toujours se demander si le sacrifice opératoire est en rapport avec le bénéfice qu'on en attend.

Aussi à ce point de vue les indications seront différentes selon qu'il s'agit d'une femme ou d'un homme ; car chez l'homme les résultats avaient été déplorables jusqu'en ces derniers temps ; chez la femme, au contraire, l'observation de Pawlick montre un succès durable. Aussi, à l'exemple de ce dernier, la cystectomie totale pourrait être employée dans le cas de tumeurs bénignes multiples rendant impossible la résection partielle.

CONTRE INDICATION

La cure radicale des tumeurs vesicales présente un certain nombre de contre indications que l'on peut classer en deux groupes :

1° Contre indications tirées du malade.

2° Contre indications tirées de la tumeur.

1° Contre indications tirées du malade. — Les tumeurs vésicales présentant chez l'enfant et chez

le vieillard une malignité particulière, la récidive se produit avec une rapidité effrayante, aussi les deux extrêmes de la vie contreindiquent l'opération.

Les lésions avancées de l'appareil circulatoire et rénal, contre indiquent également l'opération. Les maladies chroniques, à une période avancée, sont aussi une contre indication.

2° Contre indications tirées de la tumeur. — Le grand développement de la tumeur peut être une contre indication, surtout si l'état général est mauvais. La propagation de la tumeur aux parties voisines et les métastases néoplasiques dans d'autres organes sont aussi une contre indication.

L'hématurie, la cystite, les lésions rénales légères ne sont pas une contre indication ; au contraire, l'opération améliore ces symptômes.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Le traitement des tumeurs vésicales peut être ou curatif ou palliatif. Ayant examiné dans le chapitre précédent les indications du traitement, nous passerons de suite à son étude ; suivant l'étendue des lésions, le traitement comprendra trois interventions différentes .

1° Extirpation de la tumeur sans résection de la vessie.

2° Extirpation de la tumeur et résection partielle de la vessie.

3° Extirpation de la tumeur et résection totale de la vessie.

1° EXTIRPATION DE LA TUMEUR SANS RÉSECTION DE LA VESSIE

L'extirpation de la tumeur sans résection

de la vessie est le mode de traitement le plus ancien. Plusieurs procédés ont été décrits pour aborder la vessie ; j'énumèrerai les principaux, me réservant de décrire ensuite celui qu'emploie M. le professeur Jeannel.

1° Procédé de Guyon (taille hypogastrique verticale).

2° Procédé Trendelemburg (taille transversale).

3° Procédé de taille médio-latérale ou médio-bilatérale.

4° Procédé Helferich (résection définitive du pubis).

5° Procédé Clado (fenêtre pubio-hypogastrique).

6° Procédé Albarran (symphyséotomie).

7° Procédé de taille sous-pubienne.

1° Procédé de Guyon.

Taille hypogastrique verticale.

Description de la méthode de Guyon telle qu'elle est appliquée dans le service de M. le professeur Jeannel.

La veille de l'opération, le malade est purgé ; le matin on lui administre un lavement pour débarrasser son rectum. On rase le champ opératoire, on l'aseptise. Le malade est ensuite chloroformé, placé sur la table de Trendelemburg.

Pas de ballon de Pétersen. La cavité vésicale est lavée à l'eau boriquée, et la vessie est distendue par une certaine quantité de liquide; on place un lien sur la verge pour empêcher le refoulement du liquide entre la sonde et le canal.

La peau est incisée sur une longueur de huit à douze centimètres à partir du pubis. Le tissu graisseux sous-cutané est aussi sectionné, et l'aponévrose des muscles droits apparaît.

L'aponévrose est sectionnée suivant la ligne blanche, les muscles droits sont séparés; les lèvres de la plaie abdominale étant maintenues écartées, l'index recourbé en crochet refoule la graisse sous-péritonéale ainsi que la séreuse, et le globe vésical apparaît. L'on renverse le lit; l'on passe des fils suspenseurs. On ponctionne la vessie entre les deux veines verticales. La rétraction de l'organe amène l'hémostase. (La section couche par couche est beaucoup plus hémorrhagique). L'on place un point à l'angle inférieur de la plaie, afin d'éviter les déchirures rétro-pubiennes.

La vessie est alors explorée dans tous les sens; pour faciliter cette exploration on éclaire la vessie soit au moyen de la lumière solaire directe ou réfléchie, soit au moyen de la lumière électrique. La tumeur est ensuite attaquée soit au bistouri, soit au thermo-cautère, et le point d'attache est fortement cautérisé.

La tumeur, préalablement saisie par le tenaculum de Guyon, est fortement attirée en dehors, ce qui favorise beaucoup l'éxérèse.

Cette extirpation sans résection vésicale ne doit se faire que pour les tumeurs pédiculées ou pédiculisables; elle est permise pour les petites tumeurs sessilles bénignes. Le point d'implantation est cautérisé ou suturé au catgut. Dans les cas favorables, c'est-à-dire sans infection ni hémorrhagie probable, M. le professeur Jeannel fait le drainage vésical au moyen d'une sonde de Pezzer à trajet rétrograde, et la suture complète de la vessie et incomplète de la plaie abdominale, qu'il draine au moyen d'une mèche de gaz iodoformé ou d'un petit drain passant dans l'espace prévésical.

Si l'on craint l'infection ou l'hémorrhagie, on applique les tubes Guyon Perier, que l'on laisse à demeure trois ou quatre jours ; et on fait ensuite une suture incomplète de la vessie et de la plaie abdominale.

On applique ensuite un pansement occlusif.

M. le professeur Jeannel a opéré de cette façon cinq hommes sans résection vésicale. Il a fait quatre sutures totales de la plaie vésicale, qui se sont bien réunies. Et une suture incomplète.

La mise en pratique de cette technique n'a pas eu de suite fâcheuse à déplorer.

Le professeur Audry, sous le nom de taille medio-latérale ou medio-bilatérale, combine les avantages de la taille transversale à ceux de la taille hypogastrique, tout en évitant les principaux inconvénients.

Le manuel opératoire est le même que celui de la taille hypogastrique jusqu'à l'ouverture de la vessie. Lorsque celle-ci est faite, on latéralise ou bilatéralise l'incision cutanéo-vésicale, sans sectionner complètement les droits.

L'on termine l'intervention comme dans la taille hypogastrique, en ayant soin de suturer, couche par couche, la plaie cutanéo-vésicale.

M. le professeur Audry trouve que cette modification favorise l'extirpation du néoplasme, donne beaucoup plus de jours et ne complique pas les suites opératoires.

2° EXTIRPATION DU NÉOPLASME

ET

RÉSECTION PARTIELLE DE LA VESSIE

Le domaine expérimental, grâce aux patientes recherches de Vincent, de Lyon, de Gluck et Zell, de Novaro, Tuffier, Poggi, etc., etc..., avait démontré la bénignité relative des résections partielles

de la vessie chez le chien. S'appuyant sur ces expériences, les chirurgiens ne tardèrent pas à employer cette précieuse ressource pour les néoplasmes vésicaux. A part les deux résections de Norton, qui passèrent inaperçues, nous trouvons la relation de l'opération de Sonnenberg qui pratiqua la résection intra-péritonéale de la vessie. Antal, Czerny, Bardenheuer publient des succès opératoires en suivant ces mêmes principes. Les observations se multiplient, et Clado, dans son traité des tumeurs, relève vingt-neuf résections partielles de la vessie.

Depuis, de nombreuses observations éparses ont été publiées ; et je pourrais moi-même ajouter à ce nombre les deux observations de mon maître M. le professeur Jeannel, qui sont publiées dans ce travail.

La résection partielle de la vessie pour tumeurs ne possède pas de manuel opératoire bien défini, car le chirurgien est obligé de modifier suivant les circonstances son plan opératoire.

Dans tous les cas l'on pourra diviser l'intervention en deux temps :

1° Le premier temps comprendra l'opération préliminaire ;

2° Le deuxième temps sera l'opération elle-même.

Premier temps. — L'opération préliminaire a

pour but de rendre accessible à l'opérateur la tumeur et la partie correspondante de la vessie ; ce résultat est obtenu par une des tailles sus-mentionnées. C'est surtout dans ces cas que les tailles intéressant les parois osseuses trouvent leurs indications.

Deuxième temps. — L'opération, elle-même, sera différente suivant la position de la tumeur.

L'on a pu diviser le mode de résection partielle de la vessie en trois catégories :

1° Résection extra péritonéale ;

2° Résection intra-péritonéale ;

3° Résection de dedans en dehors.

RÉSECTION PARTIELLE EXTRA-PÉRITONÉALE

La résection extra-péritonéale est le procédé de choix, lorsqu'il peut être employé ; malheureusement ce procédé n'est applicable qu'à un nombre limité de régions vésicales. Ce procédé a été employé par Antal, Czenny, Guyon, Helferich, etc., pour des tumeurs de la paroi antérieure.

Les faces latérales peuvent être rendues extra-péritonéales, aussi ce procédé est-il applicable aux tumeurs des faces latérales.

L'on pourrait attaquer aussi par cette voie les tumeurs du col de la vessie.

RÉSECTION INTRA-PÉRITONÉALE

La résection intra péritonéale est sans contredit la plus grave. Plusieurs auteurs ont relaté, pour en démontrer la bénignité relative, de nombreuses observations de plaies et résections accidentelles intra-péritonéales, au cours d'opérations sur les organes génitaux de la femme, qui n'ont pas encore eu de conséquence fâcheuse lorsqu'elles ont été suturées de suite. C'est ainsi que Jackson a réuni 67 observations de plaies intra-péritonéales de la vessie, sans complications sérieuses.

Mais les plaies intra-péritonéales de vessie saine ne peuvent être comparées aux plaies de vessie néoplasiques ; le pronostic de ces dernières étant beaucoup plus grave.

Au succès de Sonnemberg on oppose les trois insuccès de Clarke, Dittel et Marsh. Les deux premiers malades moururent de péritonite et le troisième d'hémorrhagie.

Pour éviter les inconvénients inhérents à la méthode, c'est-à dire le contact de la néoplasie et du contenu vésical avec la séreuse, Clado a proposé, sous le nom de « Résection péritonéo-vésicale par manœuvres combinées », le procédé suivant, qui consiste :

1° A isoler le néoplasme dans la cavité vésicale

en provoquant l'adossement du péritoine en arrière ;

2° A quitter celui-ci, ouvrir et suturer la séreuse adossée de manière à l'isoler de la vessie ;

3° A revenir dans cette dernière pour réséquer la tumeur et suturer la vessie.

Clado prétend avoir réséqué facilement des portions de vessie variant de la paume de la main à une pièce de cinq francs, et dans un cas il a pu extirper toute la face péritonéale et une partie des faces latérales sans trop de difficultés.

RÉSECTION DE DEDANS EN DEHORS

Certaines régions de la paroi vésicale, telles que la base, le basfond et le trigone, sont difficilement accessibles au chirurgien, par suite de l'adhérence intime de leurs parois avec la séreuse abdominale. Aussi, M. le professeur Guyon a-t-il proposé, pour en faciliter la résection, d'attaquer ces régions de dedans en dehors.

Clado conseille de cathétériser d'abord les uretères afin d'éviter leurs blessures.

Deux cas bien distincts au point de vue du pronostic peuvent se présenter :

1° L'uretère est libre ;

2° L'uretère est englobé dans la tumeur.

1° L'uretère est libre ; l'opération est alors relativement facile ; on fait une incision circulaire de dedans en dehors, limitant la tumeur ; on attire fortement la paroi au moyen du tenaculum de Guyon et on arrive au tissu graisseux prérectal que l'on respecte. On libère, au moyen de quelques incisions, la paroi vésicale ainsi détachée. L'on comble ensuite la perte de substance au moyen d'une suture vésicale. Ce procédé a donné de bons résultats à Guyon, Bardenheuer, Lange et Helferich.

2° L'uretère est englobé dans la tumeur ; le premier temps, c'est-à-dire la résection de la paroi, se fait comme dans le premier cas. Le second temps consistera dans l'abouchement de l'uretère dans la cavité vésicale ; ou dans un des points que j'étudierai dans le chapitre suivant à l'occasion de la cystectomie totale.

3° EXTIRPATION DU NÉOPLASME ET RÉSECTION TOTALE DE LA VESSIE

C'est encore à l'expérimentation cadavérique et animale que les opérateurs se sont adressés pour tâcher de créer le manuel opératoire de la

cystectomie totale. Les résultats n'ont pas encore été brillants ; quelques faits récents permettent d'en augurer de meilleurs.

La première cystectomie totale a été exécutée par Bardenheuer sur un homme de 57 ans présentant une tumeur maligne de la vessie.

Pawlick obtient le premier succès de cystectomie totale, et il peut présenter sa malade, deux ans et demi après l'intervention, au Congrès des chirurgiens allemands, parfaitement guérie.

Kuster opère un homme sans succès opératoire. Il est vrai de dire qu'il s'agissait d'un cancer vésico-prostatique, cas très défavorable au point de vue du pronostic.

Kummel enregistre un insuccès chez la femme.

Kossinki, au cours d'une hystérectomie, enlève la vessie néoplasique d'une femme, et malgré le traumatisme considérable, obtient le second succès de cystectomie totale.

M. le Dr Chalot obtient aussi un succès chez la femme.

Le premier succès chez l'homme est obtenu par Trendelemburg qui consécutivement à une néphrectomie fait l'extirpation de la vessie, et son malade guérit.

Enfin, Tuffier publie le premier succès de cystectomie totale en France, chez l'homme.

Le professeur Won Viniwarter clôture la série

heureuse des cystectomies totales, et son malade en retire une réelle amélioration.

La question capitale des cystectomies totales étant l'abouchement des uretères, je tâcherai de démontrer quels sont les meilleurs résultats obtenus suivant l'abouchement choisi.

L'abouchement a été pratiqué, suivant les opérateurs, dans les six points suivants :

1° Dans le rectum ;

2° Dans l'S illiaque ;

3° Dans l'urèthre ;

4° A la peau ;

5° Dans un diverticule isolé de l'intestin ;

6° Dans le vagin.

1° *Abouchement dans le rectum.*

Les premiers expérimentateurs, Gluck, Zell et Vincent, de Lyon, abouchèrent l'uretère dans le rectum ; les résultats ne furent pas brillants, car plusieurs chiens succombèrent, soit à l'infection, soit à l'hydronéphrose consécutive à l'oblitération de l'uretère. Bardenheuer pratique aussi l'abouchement de l'uretère dans le rectum et son malade meurt d'hydronéphrose.

Kuster emploie aussi l'abouchement au rectum et son malade est emporté par une péritonite et pyélo-néphrite ascendante.

Devant ces résultats peu favorables, la majorité des auteurs français ne se rallie pas à la greffe uretérale dans le rectum.

Chaput défend le procédé dans son travail expérimental ; il prétend même que cet abouchement est très pratique à réaliser.

Boari fait remarquer que chez les oiseaux il existe un cloaque ; il existe même une observation de Richardon, d'un enfant qui a vécu dix-sept ans avec une greffe congénitale de l'uretère dans le rectum.

Tous ces faits seraient en faveur de la greffe uretéro-rectale.

Boari, pour en faciliter le manuel opératoire et éviter l'oblitération du canal uretéral, emploie un bouton anastomotique qui lui a donné un succès.

Tuffier a employé la greffe uretéro-rectale et a obtenu un succès. Seulement il prétend que pour réussir il faut relever avec l'uretère le méat uretéral ; de cette façon, on évite l'infection ascendante et l'hydronéphrose.

Chaput a aussi publié deux succès opératoires de greffe uretéro-rectale, ainsi que M. le professeur Chalot.

Dernièrement encore, le professeur Won Viniwarter a abouché les uretères dans le rectum et a obtenu un succès.

2° Dans l'S illiaque

L'abouchement de l'uretère dans l'S illiaque a été moins meurtrier chez les chiens que dans le rectum ; Vincent, de Lyon, préfère cette portion de l'intestin. Trendelemburg, dans une cystectomie totale, a suturé l'uretère dans l'S illiaque et a obtenu la guérison de son malade.

3° Dans l'urèthre

La greffe uretéro-uréthrale a été essayée expérimentalement par Schwartz à la clinique de Bassini ; à l'autopsie il a remarqué la formation d'une nouvelle vessie aux dépens des parois de l'uretère.

Albarran a employé chez l'homme la greffe uretéro-uréthrale avec succès. A priori, lorsqu'elle est possible, elle devrait être la méthode de choix chez l'homme.

4° A la peau.

L'abouchement des uretères à la peau a très bien réussi expérimentalement chez les animaux de Gluck, Zeller, Poggi, Dastre. Mais chez l'homme c'est une mauvaise méthode parce qu'elle crée une infirmité repoussante.

Le Dentu l'a employé au cours d'une intervention abodominale, pour une section accidentelle de l'uretère ; la malade ne voulant plus la supporter, il fut obligé de pratiquer une néphrectomie.

5° *Dans un déverticule de l'intestin.*

Tizzoni et Pozzi ont proposé de créer une nouvelle vessie aux dépenns d'une anse intestinale.

L'opération se fait en deux temps ; dans le premier, on isole une anse intestinale, pratique une exclusion intestinale ; on suture les deux extrémités, en ayant soin de les laisser adhérer à son mesentère ; on applique cette anse ainsi isolée au devant du col de la vessie ; on réunit les deux bouts d'intestin sectionné pour rétablir le cours des matières.

Dans le deuxième temps, qui a lieu quelques jours après, on pratique la cystectomie totale ; l'on abouche les uretères et l'urèthre dans la nouvelle vessie.

6° *Dans le vagin.*

La greffe uretéro-vaginale est le procédé de choix chez la femme, c'est à elle que l'on doit les premiers succès de la cystectomie totale.

Pour la malade de Pawlich et de Kassenki, cette

greffe n'eut pas d'inconvénient, car les femmes avaient passé la ménopause.

Tuffier se demande si chez une femme jeune l'on ne devrait pas pratiquer la castration ovarienne.

D'après les résultats que je viens d'exposer, il semble que chez l'homme la meilleure greffe soit l'uretéro-uréthrale, lorsqu'elle est possible.

Dans les cas où elle n'est pas possible, la greffe de l'uretère dans le rectum ou dans l'S iliaque ; en n'oubliant pas de greffer le méat uretéral à l'intestin.

Chez la femme, le procédé de choix est la greffe uretéro-vaginale.

TRAITEMENT PALLIATIF

Les tumeurs de la vessie ne sont pas toujours justiciables d'un traitement curatif; il existe un certain nombre de contre indications, que nous avons étudiées dans le chapitre précédent.

L'opération palliative sera alors indiquée, si la gravité des symptômes : hématurie, cystite, rétention et incontinence, prennent un caractère trop menaçant.

L'hématurie est un symptôme très insidieux ; elle se produit et disparaît sans causes connues ; le repos et les injections astringentes ont peu d'ac-

tion sur elle. Une des causes de sa tenacité est la formation fréquente de caillots dans la vessie, qui provoquent la contraction de l'organe et par le fait entretiennent l'hématurie.

La première indication est donc d'extraire les caillots. Si l'aspiration et les lavages répétés n'y parviennent pas, la taille hypogastrique sera indiquée.

La cystite est un des symptômes fréquents de la maladie ; les lavages à l'eau boriquée et au nitrate d'argent sont souvent impuissants à la calmer ; aussi, dans les cas rebelles, la même intervention devra être pratiquée.

Les troubles urinaires (rétention et incontinence) sont quelquefois amendés par l'usage de la sonde à demeure ; mais souvent cette dernière est mal tolérée, et la cystostomie s'impose ; car aux phénomènes cachectiques de la néoplasie s'ajoutent ceux de l'infection urinaire.

TAILLE HYPOGASTRIQUE PALLIATIVE

La taille hypogastrique palliative est la ressource ultime du traitement des néoplasies vésicales inopérables. Le manuel opératoire ayant été décrit précédemment, nous n'y reviendrons pas.

La vessie ayant été ouverte, l'on peut se conten-

ter de la drainer, ou bien de détruire au thermo-cautère ou à la curette tranchante les parties saillantes de la tumeur dans la cavité vésicale seulement ; dans ce cas, la suture totale ne doit pas être employée ; le drainage hypogastrique est préférable. Il évite d'une façon plus complète les accidents infectieux et hémorrhagiques.

Les résultats obtenus, ainsi que le démontre l'observation VIII, due à l'obligeance de M. le professeur Audry, sont très encourageants.

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le docteur JEANNEL)

M. M...., à Carcassonne, 56 ans.

Pas d'antécédents pathologiques jusqu'en 1884.

En septembre 1884, à la suite d'une première et violente attaque de goutte, crise hématurique qui dure quelques jours. L'hématurie est ainsi revenue et disparue de même sans souffrance trois ou quatre fois dans la fin de l'année.

En janvier 1885, nouvelle hématurie avec dysurie qui persiste une dizaine de jours.

Depuis cette époque, l'hématurie est revenue souvent d'autres fois, laissant des périodes de répit plus ou moins longues.

En juillet 1892, nouvelle hématurie et dysurie. Sur mon désir, le docteur Pilorre me sonda et me fit une injection d'ergotine et tout rentra dans l'ordre ; mais les accidents reparurent quelques jours après ; l'ergotine en injection de capsule ne parvint pas à les faire disparaître. Les urines contenaient beaucoup de mucosités qui se déposaient au fond du vase. Tenesme fréquent, urines abondantes.

Examen, 27 septembre 1892. — Urines, analyse nulle, lé-

ger dépôt muco-purulent, quelques débris phosphatiques très rares. Pas de sang.

Exploration. Toucher rectal combiné, prostate saine, légère sensibilité à gauche, légère sensibilité sur la paroi latérale gauche qui semble épaissie, l'exploration y trouve une zone surélevée.

Vers le 15 octobre, hématurie et rétention qui décide M. M... à subir l'extirpation.

27 octobre 1892. — Opération. — Lit de Trendelenburg-Fauré. Chloroforme, taille hypogastrique médiane. Incision vésicale de trois centimètres. 3 fils suspenseurs de chaque côté. L'incision arrive en bas au fond du bord supérieur du pubis; les manœuvres ultérieures provoquent une déchirure rétro-pubienne difficile à suturer. Il faudra placer un fil suspenseur noué comme un point de suture à l'angle inférieur de la plaie pour éviter cet ennui : on limiterait ainsi les plaies vésicales et on préviendrait les déchirures.

Paroi vésicale gauche, rouge vascularisée. Sur la face, antéro-latérale gauche, au dessus de l'uretère, tumeur en champignon avec un pédicule court et large. La tumeur ulcérée a une surface qui dépasse 2 fr. mais sans atteindre 5 fr.; elle proémine de trois centimètres. Pédicule elliptique gros comme un œuf de pigeon, grand axe antéro-postérieur. Tumeur mollasse. Eclairé par une valve Bazy et une lampe électrique, je saisis le pédicule dans une pince courbe d'avant en arrière et je le tends sans produire d'inversion, mais de façon à entraîner un peu de la muqueuse voisine, section au ciseau; hémorrhagie médiocre, la couche musculaire a été intéressée dans la section, il y existe une boutonnière, suture un peu irrégulière à l'aide d'un surjet au catgut. Hémostase très bonne, lavage à l'eau boriquée. Sonde de Pezzer, suture vésicale à deux plans au catgut, points séparés :

1er Plan perforant la muqueuse ; 2e plan, points à la Lembers. — Durée 2 heures.

Suites opératoires, 28 octobre. — T. M. 38°,5. — T. S. 38°,2.

Pouls, matin, 126; pouls, soir, 105.

Pansement, écoulement par le drain d'un liquide séro-sanguinolent abondant.

29 soir. — Vessie en parfait état, pas trace d'infiltration, pansement sec ; plaie normale ; pas d'écoulement par le drain qui est supprimé. La sonde fonctionne très bien. Urine de couleur et quantité normale, mais dypsnée d'origine cardiaque.

T. matin, 38°,8 ; soir, 38°,2.

Pouls, matin, 125 ; soir, pouls, 130, dépressible.

Cœur mou, myocarde suspect, M. M... est un fumeur et un catarrheux.

Digitale, morphine, laxatif.

Récidive au bout de six mois.

Mort en fin 1893.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le docteur Jeannel)

Guillaume D..., 54 ans, cultivateur à Moissac.

A. hér. et personnels, rien de particulier, pas de néoplasme, pas de maladies antérieures.

Maladie actuelle. — Paraît avoir eu depuis plusieurs années à diverses reprises des troubles urinaires légers et inter-

mittents de la pollakiurie sans altération des urines et sans douleur. La première hématurie a apparu, il y a 2 mois, sans cause appréciable, sans souffrance, d'abondance médiocre et très passagère. Elle ne s'est renouvelée que quinze jours après dans les mêmes conditions, si bien que le malade n'a pas consulté encore de médecin. Dans la suite, les hématuries sont devenues plus rapprochées et plus durables.

C'était surtout à la fin de la miction que les urines étaient rouges, il y avait parfois des caillots et il est arrivé que la miction a été interrompue brusquement, sans doute par la pénétration d'un caillot et, la fin juin, il a consulté un médecin de Moissac, lequel l'a sondé et lui a donné une médication interne. Depuis ce catéthérisme, qui date de huit jours à peine, la pollakiurie est très fréquente et s'accompagne d'un léger ténesme.

Etat actuel. — Bonne santé générale. Comme symptômes locaux, tout se borne à l'hématurie et à la fréquence de la miction. Le mouvement, la fatigue, le repos n'ont aucune influence.

Examen. — Palpation vésicale négative, toucher rectal combiné plus sensible à gauche, au dessous de la prostate. Cette région semble plus épaisse que la région correspondante de droite et, en faisant glisser le doigt, il semble qu'une petite boule s'échappe comme un noyau; catéthérisme, urèthre libre. Vessie spacieuse. Avec la bougie à boule, on ne trouve rien. Avec l'explorateur de Guyon, on est certainement plus libre à droite qu'à gauche, où l'on trouve certaines irrégularités. Cystoscopie montre surface irrégulière rouge à gauche.

Opération. — Mardi 10 juillet 1894. Purgation, lavement, ballon rectal. Lavage et replétion de la vessie. Ligature de la verge sur la sonde à robinet. Taille sus-pubienne médiane verticale. Le cul-de-sac péritonéal est très haut. Fils suspen-

seurs. Incision sur le bec de la sonde. Prolongation de l'ouverture sur le doigt. La sonde est retirée. Eponge montée. A gauche, sur la paroi latérale, apparaît la tumeur en champignon rouge du volume d'une petite noix.

Attirée avec les ténaculums de Guyon, on reconnaît une pédiculisation assez large ; ce pédicule est saisi avec une pince courbe, et derrière elle au bistouri et aux ciseaux est excisée la muqueuse qui porte le pédicule. Hémorrhagie insignifiante arrêtée par tamponnement, suture au catgut des deux lèvres de la muqueuse, dans une direction générale verticale. Les tenaculums sont très précieux pour amener la muqueuse vers l'extérieur. Sonde de Pezzer par voie rétrograde. Suture de la vessie en deux plans au catgut, suture de la paroi. Un drain derrière le pubis.

Les suites ont été régulières et sans incident sérieux. Pendant 48 heures, l'urine a été sanguinolente avec même de petits caillots. Après quoi elle est devenue tout à fait claire. Le drain donne une sérosité rose peu abondante.

L'état général est très bon et les douleurs insignifiantes.

Le septième jour, on enlève les points de suture et la sonde. La réunion est imparfaite, il y a un peu de rougeur et dès le lendemain se forme une et puis deux fistules par où s'écoule l'urine, mais sans aucun caractère de gravité. On tiendra la région hypogastrique très propre et l'urine sera pompée avec du coton hydrophile.

Le séjour de la sonde dans le canal a provoqué une uréthrite légère que nous traitons par les lavages de l'urèthre à l'eau boriquée, nous avons même employé des solutions très faibles de permanganate. L'injection ressort par la fistule hypogastrique, en sorte que le lavage est parfait. L'écoulement à bientôt disparu. La miction par les voies naturelles est devenue de plus en plus abondante en même temps que di-

minuait le débit de la fistule, et 25 jours après l'opération, le malade est sorti guéri.

L'examen microscopique, fait par le docteur Daunic, démontre :

1° Que le néoplasme est un papillome en voie d'évolution maligne, en ce sens que les boyaux épithéliaux tendent à se diffuser;

2° Que les limites de la tumeur sont largement dépassés.

Le malade a été revu le 19 octobre 1894. Les mictions sont un peu difficiles. Douleurs localisées sur le trajet du deuxième et troisième nerf sacré du côté droit.

En décembre 1894. Récidive, dysurie, ouverture spontanée de la cicatrice, hématurie. Meurt en janvier 1895.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance du docteur Jeannel).

Gabriel S..., employé d'octroi, à Portet, 65 ans.

A H. Rien de particulier.

A. P. Palpitation de cœur depuis l'âge de 17 ans. Petite vérole à 25 ans, jaunisse à 27 ans.

Maladie actuelle : Début... juillet 1894, hématuries fréquentes survenant sponstanément en dehors de la miction. Pas de cystalgie. Examen. L'explorateur métallique de Guyon fft sentir sur la paroi antero-latérale gauche de la vessie un ressaut qui fait penser à une tumeur. Par le toucher rectal, on trouve un épaississement de la paroi vésicale gauche.

Pas de cystite, urines normales contenant du sang. Diagnostic, tumeur de la vessie.

Opération, 21 mars 1895. — Chloroforme, lit de Trendelenburg. Pas de ballon de Pétersen. Lavage de la vessie avec la sonde à robinet, injection d'eau boriquée dans la vessie. On l'y maintient en fermant le robinet de la sonde. Incision longitudinale de 8 centimètres finissant à deux travers de doigt au dessus du pubis, dissection de la paroi abdominale, couche par couche et sur la ligne blanche. On arrive sur la graisse prévésicale, on fait remuer la sonde et on cherche à sentir le bec avec le doit à travers la paroi vésicale. Application de quatre fils suspenseurs (catgut). Ouverture de la vessie, on voit dans le bas-fond une énorme tumeur villeuse. Beaucoup de sang et incision faite donne très peu de jour. L'angle supérieur et l'angle inférieur de la vessie sont écartés par deux valves, une portion de la tumeur est saisie avec une pince à pédicule. (La tumeur n'est pas pédiculée, elle est infiltrée et s'étend du côté de la prostate). La section de la tumeur au ciseau est très pénible, on ne sait pas ce qu'on fait.

M. Jeannel ne peut se diriger qu'au moyen de son doigt.

La tumeur enlevée, M. Jeannel secture au catgut la surface vésicale où était implantée la tumeur.

Il s'aperçoit qu'il forme ainsi une poche, et il enlève les sutures. L'hémostase est obtenue par la compression avec les éponges, le thermo-cautère et le tamponnement de la vessie avec de la gaze boriquée. M. Jeannel touche au thermo-cautère toutes les parties de la vessie qui paraissent malades.

Une fois que la tumeur a été enlevée, l'hémorrhagie de la vessie a été peu importante. (C'était surtout la tumeur qui saignait). Introduction des tubes Perrier-Guyon, après avoir appliqué les trois fils suspenseurs, M. Jeannel avait appliqué un quatrième fil dans l'angle inférieur de la plaie afin que la vessie ne se déchire pas.

Sauf ce point, pas de suture de la vessie ni au dessus ni au dessous des tubes. On lie les fils suspenseurs à la paroi musculaire, un seul point suture la peau au milieu de l'incision (Remarque de M. Jeannel au cours de l'opération).

Au cours de l'opération, on aurait pu faire, afin d'avoir plus de jour, soit l'incision transversale, soit la symphyséotomie.

Suites opératoires. — 21 mai, soir de l'opération. T. 37° P. 120, vomissements chloroformiques. Douleur point opéré.

22. Urines sanglantes.

23. Lavages insuffisants. — Pas de température. Purgation, deux ou trois selles.

24. T. 36°5. — Très abattu. Somnolent. M. Rouanet, interne, enlève les tubes. Les bords de la plaie sont sphacélés.

Lavages fréquents. Hoquet à deux reprises. Arythmie marquée. Potion à la digitale.

25. — Pas de température. Hoquet presque continuel.

Pouls irrégulier, 120; arythmie cardiaque.

Lavages fréquents de la plaie. Injection de caféine. Régime lacté, deux litres.

26. — Très abattu. Pouls irrégulier, 120, arythmie cardiaque. Hoquet.

Du 27 au 2 avril, amélioration. Pouls moins irrégulier. Hoquet moins fréquent. Pas de température, le malade se nourrit de lait. — 2 ballons d'oxygène par jour. Traction rythmée de la langue.

Plaie bon état. Lavage fréquent.

Le malade sort le 25 avril.

Examen histologique. La tumeur est constituée par des cellules épithéliales à gros noyau.

Les cellules épithéliales ont filtré les fibres superficielles de la paroi vésicale. Pas de vésicules. Diagnostic : Epithélioma lobulé.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le Dr Jeannel)

Louis B..., charpentier, Côte-Pavée, 102, 60 ans. Antécédents héréditaires : père mort à 56 ans de rupture de la vessie. Antécédents personnels : très bons, pas de maladies vénériennes. Aucun symptôme d'affection des voies urinaires. Fluxion de poitrine à 40 ans, sans suites graves. Maladie actuelle. Sans prodromes, en janvier 1893, première hématurie peu abondante, sans caillots, sans douleur, avant, pendant ni après. Une seule miction hémorrhagique jusqu'au mois de juin, pas d'autre trouble vésical, pas de douleur des reins, rien d'anormal.

En juin, répétition des mêmes accidents, mais avec quelques caillots comme des grains de blé, et douleur pour les expulser. Rien de nouveau jusqu'en novembre. En novembre troisième crise hématurique et, cette fois, répétée pendant cinq mictions successives sans caillots et sans douleur.

Le 26 février dernier, quatrième crise qui a duré près de vingt-quatre heures et s'est accompagnée de vives douleurs sans caillots. Enfin, le 6 mars, réapparition d'urines sanglantes, sans douleur véritable. Cet état persiste depuis le traitement toujours purement médical, tisanes, etc... Quand il y a eu des caillots, ils sont venus au début de la miction. Jamais d'hémorrhagie uréthrale en dehors de la miction.

Pas d'autres hémorrhagies. Examen des reins négatif. Toucher rectal et palper vésical non douloureux, prostate normale, bas-fond vésical non épaissi.

Exploration. Bougie à boule, n° 17, arrêtée à l'aponévrose moyenne. Le 14 passe bien sans douleur. Dans la vessie, on ne trouve pas de corps étrangers.

Explorateur métallique passe et ne trouve dans la vessie demi-remplie d'urine que des irrégularités à la face inférieure. Diagnostic probable : Tumeur de la vessie. Diagnostic de M. Jeannel : Tumeur pédiculée de la vessie. Les hématuries douloureuses continuent pendant huit jours.

Opération. Chlorof. Renversement. Lavage de vessie. Remplissage deux seringues. Pas de ballon.

Cystotomie médiane, verticale, sus-pubienne. Méthode ordinaire. Beaucoup de caillots. dans la vessie apparaît au dessus et en avant et à droite de l'orifice uréthral un néoplasme gros comme une belle cerise et finement pédiculé, en battant de cloche, saisi par pinces s'écrase, est totalement arraché en deux morceaux dont un est cédé à M. Vieusse. La base d'implantation saigne, elle est cautérisée au thermo et prise dans une suture au catgut. Passage rétrograde d'une sonde de Pezzer, au moyen d'une bougie à boule, suture totale immédiate de la vessie par deux plans au catgut. Un surjet musculaire, un surjet de Limbert.

La sonde fonctionne bien pendant les trois premiers jours.

Le quatrième jour (lundi) on constate écoulement de l'urine par le drain. On retire la sonde, qu'on trouve aplatie, bouchée. Sonde à demeure n° 17 en gomme. Lavage boriqué. Dès lors, écoulement par le drain insignifiant,

Le 22, par mégarde, lavage au sublimé, irritation violente qui se calme bientôt.

6 Avril. Miction fréquente douloureuse depuis que l'on a enlevé sonde à demeure. La fistule coule encore.

8 Avril. — Souffre en urinant, miction fréquente chaque heure pendant la nuit, huit fois pendant le jour.

20 Avril. — Fistule presque fermée, souffre à l'extrémité de la verge pendant la durée de la miction.

27. — Emission par l'urèthre de l'escharre de la paroi vésicale.

29. — Traversée prostatique douloureuse, lavage boriqué quotidien.

La fistule est fermée depuis le 26 avril 1896.

6 Mai. — Hématurie à la fin de la miction.

8 Mai. — Expulsion de petits caillots sanguins.

Le toucher rectal ne donne pas l'explication de ces hématuries. Sort le 28 mai 1896, éprouve douleur extrémité de la verge. Pas d'hématurie, urine normale, santé générale bonne.

Le malade a été revu le 23 juillet 1899. Il présente quelques symptômes vésicaux (petits caillots et douleurs). Etat général : assez bon.

OBSERVATION V

Charles Ch..., à Buzet, 40 ans.

Antécédents héréditaires. — Père hémiplégique, mort subitement. Mère morte d'affection cardiaque.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure. Blennorrhagie au régiment, pas de complications vésicales à ce moment.

Bon état général.

Début de la maladie en septembre 1895, urines troubles et teintées de sang. Sang mélangé à l'urine, donc hématurie ni initiale, ni terminale, mais totale. Ensuite, envie fréquente d'uriner, miction douloureuse, pas de pyurie. Ces hématuries assez espacées duraient deux ou trois jours, et venaient à

la suite de la marche et de fatigue ; pas de mictions ni d'hématurie la nuit. En octobre 1896, douleurs, hématurie abondante durant cinq jours, caillots plats au début et à la fin de la miction, le gênant souvent, quelques caillots noirâtres roulés. En février 1897, nouvelle hématurie avec les mêmes caractères qui dura six jours ; 22 mars, nouvelle hématurie durant huit jours ; nouvelle hématurie, le 4 avril 1897, sans caillots.

Actuellement. Pas de douleur à la miction, elle se renouvelle toutes les trois heures. Sensation de pesanteur à l'hypogastre.

Opération le 10 avril 1897. — Chloroformisation. Le malade placé sur le lit de Trendelenburg. — Réplétion vésicale par deux seringues d'eau bouillie. Incision hypogastrique, on refoule le cul-de-sac péritonéal.

Passage de deux fils suspenseurs ; on incise la vessie, on explore la cavité et l'on sent dans le fond et en arrière à gauche une tumeur villeuse, largement implantée sur la paroi vésicale. On l'attire à l'extérieur en enserrant le pédicule dans une pince. On excite la tumeur après avoir passé des ligatures de catgut.

On serre les fils après chaque coup de ciseaux ; on assure l'hémostase par d'autres sutures de la paroi au catgut. On passe une sonde de Pezzer ; on referme la vessie par une suture à trois étages au catgut. Fermeture de l'abdomen.

Le soir, T. 37°, pas de vomissement, le malade se plaint d'une parésie du bras droit : on fait des lavages boriqués de la vessie.

11 avril 1897. T. 37°3. Pas d'agitation, la parésie du bras droit persiste. Urines sanguinolentes, on continue les lavages.
12 avril, même état, urines moins teintes de sang.

La tumeur a la forme et l'aspect d'une morille et le volume d'un petit œuf de poule.

Suites opératoires : pas de fièvre, les urines ont contenu du sang pendant 7 jours. Pas de fistule vésicale : petite fistule sur le drain prévésical. La paralysie du bras droit, occasionnée par rebord du lit Trendelemberg, a duré quatre jours d'une manière complète ; au moment de la sortie, le malade souffre sur toute la hauteur du membre supérieur pendant la nuit et un peu moins pendant le jour. Il semble que la parésie soit accentuée dans le domaine du médian plutôt que du radial. Il n'y a pas de paralysie des extenseurs des doigts. Le long supinateur paraît hypertrophié en raison de l'atrophie des muscles de la loge antérieure de l'avant-bras.

Le malade a été revu 28 mois après en parfait état, sans récidive.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le docteur Jeannel)

Madame L... a déjà été opérée pour une tumeur de la vessie. Le premier chirurgien a extirpé la tumeur par l'incision de l'urèthre. A la suite d'une première récidive, un second chirurgien a enlevé le bas-fond de la vessie et ne suture pas la plaie vésicale. Lorsqu'à la suite d'une seconde récidive le 21 novembre 1893, M. le docteur Jeannel extirpe la paroi antérieure à la vessie, par la voie sous-pubienne. Suture vesico-vulvo-vaginale.

La tumeur avait envahi la paroi antéro-inférieure de la vessie ; était de la grosseur d'une grosse noix.

Diagnostic : Sarcome récidivé de la vessie. Les suites opératoires furent normales, la malade quittait l'hôpital quelques jours après l'opération ; un mois après, elle écrit au sujet d'un point laissé dans la plaie. Elle va très bien et se croit guérie. En novembre 1894, elle meurt de généralisation sans récidive locale.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le professeur JEANNEL)

Marie C..., 47 ans, cuisinière à Toulouse.

A. H. Mère morte d'attaque d'apoplexie.

A. P. Rien de particulier.

Réglée à 17 ans, 2 enfants, pas de fausse couche.

Premier enfant à 24 ans, pas de forceps. S'est levée trois jours après. Pas d'injections. Suites normales.

Deuxième enfant à 27 ans, sans complications.

Maladie actuelle : Début au mois d'août 1896 ; miction fréquente pendant la nuit (quatre ou cinq fois), le jour rien de particulier. La miction n'était pas douloureuse. Cet état a persisté quatre mois. Pendant les cinq mois suivants, douleur constante dans la région lombaire. La miction reste toujours fréquente la nuit. Depuis trois mois, la miction est devenue aussi fréquente le jour que la nuit (sept à huit fois en moyenne), et douloureuse.

Depuis deux mois, l'urine sent mauvais et contient du pus. Lavages vésicaux depuis deux mois par le docteur Etienne ; ils ont diminué la fréquence de la miction. Pas d'hématurie ;

quelquefois expulsion de petits caillots sanguins. Constipée depuis le début de la maladie ; elle a pu travailler jusqu'à Pâques 1897. N'a jamais eu de fièvre ; a toujours eu bon appétit ; a maigri.

Depuis trois mois a eu douleurs très vives qui venaient par crises, sur la région lombaire, et suivaient le trajet des urètères avec irradiations vers le milieu du ventre. Pendant les crises la malade était obligée de se courber en deux, tant elles étaient douloureuses.

N'est plus réglée depuis trois mois, pas de pertes blanches.

Examen génital : négatif à l'exception de la paroi antérieure vaginale qui est très douloureuse, et dans le cul-de-sac latéral gauche on sent une tumeur mal délimitée qui paraît être annexielle. On la retrouve par le toucher rectal. Pas de corps étrangers dans la vessie. On retire urine fortement ammoniacale.

On sent sur le trajet de l'uretère gauche une tumeur en tuyau de pipe qui roule. On ne perçoit ni le rein droit ni le rein gauche.

L'urine, trouble, ammoniacale, présente dépôts de pus abondants. L'on pense à de la cystite.

Opérée le 3 juillet 1897 : On trouve une tumeur ayant envahi les trois quarts de la paroi latérale et de la paroi antérieure de la vessie. Résection de cette paroi. Tamponnement intra-vésical, sonde de Pezzer. Le péritoine a été ouvert accidentellement, suture à la vessie des deux lèvres de la plaie péritonéale sur chaque lèvre de la plaie vésicale. Opération très longue et très pénible. Suites opératoires excellentes.

Sarcome. Revue trois mois après, récidive dans la plaie. Morte en avril 1898.

OBSERVATION VIII

Publiée par Ch. AUDRY *(Mercredi médical)* (1893)

Adénome inopérable de la vessie. — Cystotomie sous-pubienne.

Un serrurier, âgé de cinquante-six ans, se présente à la polyclinique de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, le 3 septembre 1893.

Les accidents qui l'amènent ont commencé il y a trois ans et demi. Le malade éprouva alors quelques douleurs de reins, des besoins fréquents d'uriner, et il se mit à pisser le sang d'une manière intermittente. Les phénomènes devinrent progressivement plus intenses, les mictions sanglantes plus nombreuses et plus abondantes. Le malade s'affaiblit, pâlit. Enfin, il y a peu de jours, le malade a expulsé péniblement par l'urèthre un corps dur qu'il a pris pour une moitié de noyau de cerise.

A l'examen on constate l'intégrité du canal.

La sonde de Guyon-Thompson introduite facilement pénètre dans une vessie irrégulière, ballonnée, semée de saillies. On a une sensation fugitive de calcul. Le malade expulse une certaine quantité d'urine sanglante en totalité (l'urine en cas d'hématurie est toujours souillée de la sorte).

Enfin, l'œil de la sonde ramène quelques débris de tissus. Ces débris examinés immédiatement sont constitués par du tissu conjonctif d'apparence embryonnaire, revêtu par endroits d'une couche d'épithélium nettement cylindrique en revêtement régulier. Les douleurs sont violentes pendant la miction

et l'exploration : la vessie n'accepte pas plus de 150 à 200 grammes de liquide. Outre le sang, l'urine contient du pus en abondance. L'exploration du rectum révèle une prostate bourrée de noyaux durs ; aucun point ramolli ; peu ou pas de douleur au toucher, la prostate paraît mobile.

Etat général mauvais.

Le 6 décembre, exploration vésicale sous chloroforme : on sent un gravier rugueux, plus volumineux.

Taille hypogastrique : La vessie est petite et profonde ; rien de sa surface ne fait prévoir ce que l'on trouve une fois la vessie ouverte : l'index introduit montre la cavité vésicale presque complètement remplie par des masses molles, à court pédicule, qui siègent surtout au niveau du segment postéro-supérieur et du segment latéral. Le trigone est relativement respecté, et cette intégrité est confirmée par le palper bi-manuel qui ne peut pas percevoir de rapport assuré entre la prostate et les bourgeons néoplasiques intra-vésicaux. Un calcul phosphatique, gros comme une noisette, est éliminé par des lavages en même temps que de nombreux et assez gros débris de tumeur.

L'hémorrhagie est très légère.

Devant l'étendue des lésions, M. Audry se contente d'assurer le drainage sus-pubien et uréthral.

Les suites opératoires furent très simples, sans cependant que la miction, six semaines plus tard, fût possible par l'urèthre.

Six semaines après l'intervention, le malade conservait sa sonde de Pezzer à demeure par la plaie sus-pubienne. Les mictions sanglantes ont à peu près complètement disparu ; il n'y a plus aucune douleur. L'état général est considérablement amélioré. L'oblitération de la sonde, de la bouche sus-pubienne amène aussitôt la réapparition des accidents.

Pas de modification du côté de la prostate.

L'amélioration est considérable.

Examen histologique. — Un certain nombre de coupes de plusieurs fragments ont été diversement colorées ; elles montrent ce qui suit : la tumeur est constituée par de superbes tubes d'épithélium cylindrique. Cet épithélium est formé de belles cellules hautes, régulières, avec un noyau volumineux ; les cellules sont quelquefois sur une seule couche, dans les points où la coupe s'est trouvée bien perpendiculaire ; d'autres fois, on en trouve trois ou quatre épaisseurs. Un assez grand nombre de noyaux sont en kanokinèse sur beaucoup de points ; on trouve des cellules claires, rondes, possédant un seul noyau rond, central, fortement coloré par les réactifs et d'un aspect tout à fait particulier, mais qui ne paraissent pas être autre chose que le résultat de processus de segmentation. Nulle part on ne voit de cellules à mucus. Les rangées d'épithélium cylindrique plongent en tube dans une atmosphère de tissu conjonctif, mais qu'on ne peut pas considérer comme sarcomateux ; ce tissu contient des vaisseaux, mais pas dans les proportions offertes par les papillomes vasculaires, quelques-uns de ces vaisseaux sont fortemeut dilatés, presque lacunaires. Les rangées épithéliales sont insérées sur quelques travées conjonctives délicates, à direction perpendiculaire aux cellules cylindriques : d'autre part, il semble bien que l'ensemble de celles-ci soit limité le plus souvent par un plateau du côté de la lumière des tubes, plateau sur lequel nous ne voyons aucun trou de cils. En plusieurs points la végétation d'épithélium cylindrique est extrêmement riche ; mais nulle part elle ne nous a paru constituer une infiltration intra-conjonctive. Enfin dans la lumière de quelques tubes on trouve un coagalum amorphe, quelquefois suivi de débris de chromatine fortement colorés.

Note sur l'autopsie du malade cystotomisé huit mois auparavant pour un néoplasme vésical inopérable (12 mai 1894).

L'autopsie fut faite par M. Batut, chef de clinique ; elle permet de constater d'énormes lésions de péricystite : la vessie était perdue dans des masses grises, dures, qui s'étendaient jusque dans la fosse iliaque, soulevant le péritoine intact, ainsi que les viscères intra-péritonéaux. Les uretères étaient dilatés et pleins de pus. Une chaîne de ganglions envahis par la substance blanche et molle du néoplasme remontait jusqu'aux deux reins, on les retrouvait jusque dans le tissu cellulaire périnéphrétique.

Les reins présentaient des lésions intenses : tous les calces étaient dilatés et pleins de pus ; la couche corticale d'un blanc jaunâtre, les pyramides à peine indiquées. Pas d'adhérence de la capsule : çà et là, dans l'écorce, de nombreux petits noyaux blancs, saillants, mal limités et qui semblaient constitués par des foyers de néoplasme, tandis qu'il n'en était rien.

Enfin, au niveau de la dixième côte gauche, une masse intra-pleurale de tissu néoplasique. Les poumons étaient très adhérents ; on ne trouva rien dans leur tissu. J'ai dit que l'épiploon et les organes intra-péritonéaux parurent normaux : il n'y avait pas de tumeur gastrique. Il est probable que le malade a succombé à l'infection, à l'urémie et à la cachexie causée par le néoplasme lui-même.

Si l'on examinait le méat hypogastrique, on constatait ce qui suit :

La peau de l'hypogastre était légèrement invaginée, conservait ses caractères ordinaires, ses poils, etc. Elle se

continuait avec une membrane lisse, semblable à une muqueuse un peu noirâtre et il était impossible d'indiquer exactement la démarcation d'avec la peau vraie. L'ensemble du canal ainsi revêtu mesurait 0,05 de longueur ; mais son tiers juxta-vésical présentait une excavation contenant des débris et du pus. Le canal était entouré par un infiltrat néoplasique d'un gris blanc qui avait manifestement attaqué la face postérieure du pubis. Il était impossible de savoir exactement où l'on pouvait considérer le commencement de la vessie. Celle-ci était très réduite de son volume, surtout par un épaississement énorme de sa face qui se confondait avec une vaste masse néoplasique remplissant tout le petit bassin. Toute la face interne de la vessie était recouverte d'un exsudat présiforme, de débris de tissus, etc. Enfin on retrouvait la tumeur primitive sous forme d'un gros bourgeon mou, rosé, presque villeux.

La prostate était transformée en une poche purulente saillant dans le rectum dont la muqueuse était intacte.

L'examen histologique a porté sur l'urèthre artificiel, sur les masses de péricystites, sur divers fragments des reins (néphrite, foyers métastatiques corticaux), des ganglions, etc. En voici les résultats brièvement résumés :

Les reins présentent des lésions de néphrite diffuse extrêmement avancée, de telle sorte qu'en certains points on retrouvait à peine les glomérules disséminés dans du tissu infiltré d'éléments embryonnaires. Même dans les points où l'on retrouvait la structure générale de l'organe, celui-ci était profondément altéré, soit dans son épithélium, soit dans son système musculaire. Enfin les noyaux blancs dont nous avons parlé étaient constitués par de véritables abcès, c'est-à-dire par des accumulations de cellules embryonnaires ou de leucocytes dans un tissu amorphe nécrosé et de suppu-

ration. Rien ne nous permit d'y retrouver des vestiges de tissu néoplasique.

OBSERVATION IX

Publiée par le Dr Ch. Audry (*Gazette des Hôpitaux, 1895.*)

Observation recueillie par M. Sorel, interne du service.

Or..., roulier, âgé de 48 ans, ne présente pas d'antécédents héréditaires ou personnels. Au mois de janvier 1895, les premiers symptômes de la maladie se sont manifestés par une hématurie inopinée qui dura environ huit jours, et qui ne se serait plus renouvelée, du moins à la connaissance du malade. Au mois de juillet, il commença à souffrir de mictions fréquentes, et s'aperçut que ses urines étaient troubles. Il entre à ma clinique vers le 20 octobre, envoyé par un de nos collègues mal édifié sur la nature de cette cystite.

A ce moment-là, le malade était profondément anémié, pâle, très affaibli. Il se plaint d'uriner (quatre fois par nuit, actuellement, mais la pollakiurie a été plus prononcée).

Il accuse de vives douleurs au bout de la verge et dans la région hypogastrique; parfois, il aurait vu s'interrompre brusquement le jet urinaire. Urèthre sain.

Les urines sont extraordinairement troubles, colorées légèrement en rouge brun ; mais cette coloration ne présente guère plus d'intensité que des urines de fébricitants. Le microscope montre qu'elles contiennent une assez grande quantité de globules rouges. On vit, plus tard, qu'elles ne

contenaient ni albumine, ni sucre (le malade buvait du la i). Leur quantité s'élevait à 1700 centimètres cubes. Le nombre de globules rouges dans le sang ne dépassait pas trois millions.

A l'examen direct, on constatait une épiplocèle droite peu volumineuse et quelques grains ganglionnaires inguinaux à droite.

L'explorateur de Guyon-Thompson ne découvrit pas de calcul, mais fit percevoir une sensation de ressaut. L'œil de la sonde ramena quelques débris épithéliaux mal caractésés ; l'urine fourmillait de bactéries de toute espèce. Prostate normale.

Diagnostic : Tumeur vésicale, probablement carcinome. On fit des lavages boriqués et au nitrate d'argent pour désinfecter la vessie, et l'on décida de faire la taille hypogastrique, quitte à la transformer si les circonstances l'exigeaient.

Le 27 octobre 1895, anesthésie. Une nouvelle exploration révèle une sensation rugueuse, dure, ballottante, qui fait de nouveau songer à la possibilité d'un calcul enchâtonné. Position de Trendelemberg. Pas de ballon de Pétersen.

Injection de deux cents grammes d'eau boriquée. Incision médiane et taille longitudinale ordinaire permettant l'introduction du doigt. Celui-ci rencontre aussitôt une grosse tumeur arrondie, saillante, lisse, qui remplit une grande partie de la cavité vésicale. Agrandissement de l'incision médiane. La tumeur occupant trop de place pour qu'on puisse rien faire dans la vessie, d'autre part, étant pédiculée à droite et en bas, je l'enlève en la tordant avec les doigts. La zone correspondant au pédicule est en avant et en dehors de l'uretère droit, large de cinq centimètres environ, arrondie. Toutes les tentatives pour exciser cette zone sont inutiles, parce que les tissus sont friables, la région profonde, le jour insuffisant.

Je passe alors sur la droite du malade et fais tomber sur l'ouverture médiane une incision perpendiculaire coupant tous les tissus jusqu'à la graisse du cordon. Section égale de la vessie.

Résection très facile, avec le couteau du thermo-cautère, de tout le fragment suspect et de la paroi vésicale correspondante, résection en partie totale, en partie intrapariétale. Suture de la seule incision latérale droite vésicale musculaire et cutanée. Large drainage par deux tubes adossés, suites opératoires d'une simplicité parfaite, apyrexie continue et totale. Relèvement rapide de l'état général.

Trente jours plus tard, il restait une petite fistule qui s'oblitèrera bientôt.

Description macroscopique. — Nous avons dit que la tumeur était à peu près grosse comme un poing de femme adulte ; elle pesait cent trente-cinq grammes sous la zone d'excision pédiculaire ; on a également vu que celle-ci était à peu près circulaire, d'un diamètre de cinq centimètres environ, d'apparence fongueuse rosée, modérément saignante ; la muqueuse qui la circonscrivait était rose vif comme le reste de la vessie et paraissait saine ; l'excision ne comporta la résection totale de la paroi que sur une faible étendue ; dans le reste, elle fut intra-musculaire et l'examen microscopique montra cependant qu'il s'agissait bien de tissu musculaire vésical sain portant des capillaires nombreux et normaux.

La tumeur même, un peu ovoïde, était lisse, de couleur jaunâtre bleu ou rose, la consistance ferme ; nombre de points étaient comme râpeux ; cependant les saillies calcaires étaient très fines, peu élevées et n'apparaissaient point à la vue seule.

A la coupe, on vit que la masse était généralement formée par une épaisse écorce d'un blanc jaunâtre, ferme, de densité

égale, qui, çà et là, criait sous le scalpel sans trop resister. Le centre et la base présentaient l'aspect d'un noyau rougeâtre, compact, assez ferme. Pas de suc, pas de fibres.

Au microscope, après les avoir inclus dans la paraffine ; coupés, et coloré une cinquantaine de coupes par le carmin aluné, le bleu polychrome de Unna, le bleu de méthyle boraté, l'hémateine, la picro-carmin de Ranoier, on constata ce qui suit :

La partie blanche est constituée par du tissu conjonctif adulte à différents âges de développement ; le plus souvent, on trouve du tissu conjonctif fasciculé ordinaire ; en quelques points, il se rapproche du type lâche : faisceaux peu prononcés, substance fondamentale peu colorable, jamais muqueuse, cellules étoilées nombreuses qui ne sont pas des cellules de tissu muqueux, mais simplement de belles cellules connectides ordinaires non ordonnées. Ailleurs, le tissu se condense, la substance fasciculée se raréfie, les cellules s'allongent, se tassent et prennent le type fibreux ; nulle part on ne trouve les noyaux et les altérations vasculaires habituelles du sarcome.

Sur quelques points, nous constatons cependant des altérations spéciales : la substance fondamentale assez homogène, disposée en bandes fasciculées, est semée de noyaux volumineux, parfois même très volumineux, allongés, ovoïdes ou circulaires, le plus souvent granuleux, clairs, quelquefois riches en chromatine. Ces noyaux semblent nus, ou du moins le protoplasma est mal coloré par l'hématoxyline, un peu mieux par le bleu. Il est évident qu'un tel état est à peu près indistinct du sarcome ; il s'en distingue à peine par la pré sence et la forme de la substance fondamentale, et l'état des vaisseaux ; surtout, il est limité à des territoires peu étendus et ne constituant qu'une faible partie du néoplasme. Enfin, çà et là, sont semées, sans ordre, quelques mastzellen.

En des points très rares, quelques traces d'une muqueuse revêtement représentée par quelques couches de cellules losangiques, aplaties colorées en bloc ; la majeure partie de la surface est nue, formée par un conglomérat de petites cellules rondes tassées dans une substance amorphe, d'autant plus serrées, d'autant plus altérées dans leur contour qu'elles s'approchent davantage de la périphérie. Le tissu conjonctif baigne dans l'urine septique ; nous verrons plus loin ce qu'il en est résulté.

Les territoires rouges sont constitués par un tissu vaguement fibrineux et cloisonné, semé parfois de débris de globules rouges et où l'on voit la coupe de nombreux capillaires. Dans cette nappe sont disséminées des cellules rondes,isolées, dispersées, de dimension tout à fait variable, munies d'un noyau également indéfinissable ; beaucoup de ces noyaux ne sont plus représentés que par des golles noires qui accusent la dégénérescence.

Enfin, çà et là, des fibres musculaires lisses, quelquefois nombreuses, souvent absentes. Indépendamment de ces éléments anatomiques, on constate sur les unes ou les autres des coupes d'autres particularités. Premièrement, une infiltration bactérienne qui se manifeste sous deux formes : d'abord le bleu y colore des boyaux tout à fait semblables à des fentes lymphatiques littéralement injectées de bacilles gros et courts, serrés, souples, etc. Cependant, je n'ai pas vu trace d'endothélium au pourtour de ces amas, et je crois que ce sont simplement les fentes des faisceaux qui les recèlent.

D'autre part, entre les cellules rondes, on voit serpenter de longs filaments bactériens, souvent très touffus, très longs, ramifiés, sans article ni spores apparentes ; tous ces micro-organismes se rencontrent sur les coupes qui offrent des cellules rondes disséminées dans une nappe de substance claire, cloisonnée, comme amorphe.

Dans les zones fibreuses ou conjonctives fasciculaires, on voit des bandes irrégulières, d'une largeur et d'une longueur parfois considérable, formées par une substance claire, réfringente, compacte, qui répondent aux infiltrats calcaires. Ces bandes sont souvent limitées par un endothélium net et résident donc dans des lymphatiques ; d'autres semblent baigner en pleines fibres longitudinales semées de cellules, et se trouvent quelquefois cloisonnées par de minces travées semblables.

Je n'y ai point vu de cellules osseuses ; je dois dire que sur des coupes épaisses j'ai vu deux ou trois cellules conjonctives à prolongements à même la surface.

Enfin, sur un certain nombre de coupes, on note une abondante poussière de grains brillants qui sont très probablement des grains de phosphate de chaux.

OBSERVATION X

Publiée par le D[r] Ch. Audry dans le IV[e] fascicule de Clinique de dermatologie et syphiligraphie.

Papillome vésical. Taille médio-latérale. Extirpation.

Jean C..., âgé de 50 ans, cordonnier, sans hérédité, mais alcoolique et emphysemateux, a commencé à pisser un peu de sang, il y a quatre ou cinq mois. Le sang venait à la fin de la miction ; il était peu abondant. Mais les urines étaient presque constamment colorées en brun. Aucun trouble de la

miction, sinon que, au dire du malade, le jet était quelquefois brusquement arrêté. Aucune douleur. Etat anémique marqué. A l'auscultation, râles ronflants et sibilants épars dans les deux poumons. Cœur normal, urine légèrement colorée en brun, puis en rouge contenant des globules rouges. Prostate normale; ainsi que l'urèthre. L'exploration avec l'instrument de Guyon indique l'absence de calcul et l'existence d'un ressaut à gauche du bas-fonds.

Dans l'œil de la sonde, on trouve des débris qui, examinés à la loupe, sont autant de petites villosités avec leur axe vasculaire. Des débris épithéliaux qui y sont joints, examinés au miscroscope, apparaissent comme des cellules de l'épithélium normal de la vessie.

Diagnostic : tumeur villeuse de la vessie située à gauche et en bas. L'extirpation est évidemment indiquée malgré l'état des poumons. L'urine, quand elle n'est pas colorée par le sang, est limpide et sans albumine.

Opération, le 24 novembre 1897. Position de Trendelenburg. Pas de ballon de Pétersen.

Injection de 300 gr. d'eau boriquée dans la vessie. Anesthésie au chloroforme.

Incision longitudinale médiane de 0,10 ; le péritoine descend très bas et on a de la peine à le recliner. Incision exploratrice de la vessie médiane et longitudinale. Le doigt constate la présence de la tumeur au point prévu.

Prolongation de l'incision vésicale des deux côtés sur 0,06. On passe des fils suspenseurs. Il y en a deux à gauche.

Incision perpendiculaire à la précédente, coupant la peau et le droit gauche sur une longueur de 7 à 8 centimètres. Les deux angles ainsi formés sont relevés. Incision de 0,04 de la paroi vésicale, perpendiculaire au milieu de l'incision longitudinale médiane primitive. Les fils déjà placés relèvent les deux angles. On obtient un jour parfait. La tumeur,

grosse comme une noix, ne permet pas de séparer l'uretère. Elle est insérée par un pédicule assez large. On l'enlève au thermo-cautère sans aucune espèce de difficulté ni d'hémorrhagie et en pleine lumière.

Suture complète des deux incisions vésicales au catgut.

Un seul plan; les fils ne traversent pas la muqueuse, mais sortent très près d'elle. Un seul fil passé successivement dans les trois lèvres réunit le confluent des deux incisions Suture des muscles coupés au niveau de la ligne blanche. Suture cutanée. On laisse deux petits drains dans la cavité de Retzius. Une sonde de Pezzer placée dans l'urèthre draine les urines.

Suites opératoires simples. Cependant T. atteignant parfois 38°8, 38°9. Infection légère de la plaie superficielle qui se désunit en deux ou trois points. Le neuvième jour, la sonde uréthrale est sortie et le trajet des drains Retzius donne un peu d'urine.

Les jours suivants, tout rentre dans l'ordre ; la fistule persiste, l'état général est excellent. L'état pulmonaire n'a rien d'anormal en apparence : toujours des râles nombreux et bruyants. Mort subite dans la nuit du treizième jour.

Autopsie. — Dans la plèvre gauche, entre la face inférieure du poumon et le diaphragme, dans le sinus costodiaphragmatique et remontant jusqu'à 0,10 sur la paroi, épanchement séropurulent, presque purulent, entouré d'adhérences récentes, abondant.

Les deux poumons sont congestionnés. Le cœur pèse 400 grammes; les valvules sont normales; rien à l'aorte. Reins normaux ainsi que la rate. Aucune lésion sur la face inférieure du diaphragme ou dans un point quelconque du péritoine. Le malade est évidemment mort d'un réflexe parti de sa pleurésie latente. La vessie est enlevée avec la prostate. L'état local est très bon : quelques points de la suture

sont désunis superficiellement Il existe quelques gouttes de pus dans le trajet des drains. Examinée par l'extérieur, la vessie même ne présente d'autre trace de l'opération qu'une fente longitudinale de 0,01, répondant à l'extrémité inférieure de l'incision médiane longitudinale. Toutes les autres sections ont disparu, noyées dans un tissu cellulograisseux compact. Aucune trace de phlegmon ou d'infection locale en dehors du trajet.

La vessie ouverte montre la surface d'extirpation du pédicule : elle est grande comme une pièce de 5 francs, recouverte d'un exsudat blanchâtre adhérent à un fond rose et lisse ; l'orifice uréthral est au centre même de cette surface ; il est parfaitement perméable. Si on examine les sutures, on voit que la section latérale est complètement réunie ; la muqueuse lisse, unie, recouverte d'un léger exsudat où l'on aperçoit des traces de fil ; les trois quarts supérieurs de la suture longitudinale médiane, y compris le confluent avec la suture latérale, sont solidement réunis. Mais dans les couches profondes, avec les doigts, on arrive à désunir les bords de la muqueuse qui est en voie de réparation par seconde intention.

Examen histologique de la tumeur. — Alcool, paraffine, colorants divers. C'est la structure du papillome cilleux, telle qu'elle est décrite partout. La base est constituée par du tissu conjonctif et musculaire semé de nombreuses et larges lacunes vasculaires bordées par un mince épithélium et qui semblent d'énormes capillaires. Çà et là quelques infiltrats de cellules à gros noyau unique fortement coloré. Aucune trace d'évolution vers la malignité. Les villosités sont formées par un axe conjonctif très mince sur un capillaire. Sur cet axe, et perpendiculairement à sa direction, s'insèrent deux ou trois rangs de cellules aplaties, appliquées les unes sur les autres comme des tuiles, de telle sorte que la villosité

est coupée transversalement, les cellules épithéliales fortement unies, disposées en rayons, forment une collerette régulière et compacte autour d'un petit axe conjonctif.

RÉSULTATS DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

Le résultat du traitement chirurgical des tumeurs de la vessie doit être envisagé aux divers points de vue des suites immédiates et des suites éloignées.

Il ressort de la lecture des observations publiées dans ce travail que les suites immédiates ont été très satisfaisantes ; MM. les professeurs Jeannel et Audry n'ont pas eu, en effet, de mort opératoire à déplorer ; et les résultats immédiats de l'opération au point de vue de la guérison des symptômes ont été bons.

Nous voyons en effet dans toutes les observations que les symptômes urinaires ont disparu après l'opération.

Le malade de l'observation I n'a rien présenté de particulier, si ce n'est des signes de faiblesse du côté de son myocarde, qui ont vite disparu.

L'état général s'est bien relevé, et la disparition de l'hématurie avait fait espérer à ce malade une guérison complète.

Les suites immédiates de l'opération du malade de l'observation II ont été fort bonnes, il a seule-

ment présenté une petite fistule qui s'est vite fermée.

Le malade de l'observation III a présenté des phénomènes inquiétants du côté de sa plaie et de son cœur.

Malgré un drainage hypogastrique, les bords de la plaie se sont sphaclés et son cœur a présenté des phénomènes inquiétants de myocardite.

Mais grâce à un traitement énergique : débridement de la plaie, lavages répétés et toniques cardiaques, le malade a pu quitter l'hôpital en bon état un mois après l'opération.

Le malade de l'observation IV a présenté une petite fistule qui a vite disparu.

Quant au malade qui fait l'objet de l'observation V, les suites de l'opération elle-même sont très bonnes, mais il a présenté une paralysie de son radial à la suite de la compression de ce nerf par le rebord du lit de Trendelemburg.

L'observation VI n'a rien présenté de particulier malgré qu'il s'agisse d'une deuxième récidive, la plaie s'est bien réunie et la malade part guérie, au point de vue des symptômes et de l'opération.

Les suites opératoires de l'observation VII n'ont présenté rien de particulier malgré le traumatisme considérable et la plaie accidentelle du péritoine.

Le malade de l'observation VIII est très intéressant au point de vue de l'amélioration rapide des

symptômes hématuriques et douloureux ; l'état général s'est vite amélioré, grâce à l'opération palliative.

Les résultats immédiats du malade de l'observation IX sont très satisfaisants ; le malade est parti avec l'espoir d'une guérison définitive.

Quant aux suites de l'opération du malade de l'observation X, elles ont été à peu près normales au point de vue de la plaie, mais 13 jours après, il meurt subitement. L'autopsie démontre que la mort doit être attribuée à une pleurésie latente gauche.

Les résultats au point de vue de la récidive ne sont pas aussi brillants ; mais nous ferons remarquer que la plupart des malades ont consulté le chirurgien tardivement, et avec état général assez mauvais

La récidive s'est déclarée :

Dans observation	I	récidive	6 mois après l'opérat.
—	II	—	3 —
—	III	—	n'est pas mentionnée.
—	IV	—	6 mois après l'opérat.
—	V	Pas de récidive 28 mois après.	
—	VI	Pas de récidive locale, généralisation 1 an après.	
—	VII	Récidive 3 mois après.	
—	VIII	Opération palliative.	
—	IX	Pas de récidive 4 ans après.	
—	X	Pas de récidive, meurt de maladie intercurrente.	

La récidive dans les cas où elle est mentionnée s'est manifestée en moyenne six mois après l'opération.

La survie opératoire a été pour les malades qui sont morts.

Observation	I	meurt	1 an après.	
—	II	—	6 mois après.	
—	III	—	9 mois après opération.	
—	IV	vit encore	40 mois après opération.	
—	V	—	28	—
—	VI	meurt	1 an après opération.	
—	VII	—	9 mois après opération.	
—	VIII	—	8	—
—	IX	vivait	1 an après opération, perdu de vue ensuite.	
—	X	meurt	12 jours après l'opération de maladie intercurrente.	

La survie opératoire a donc été en moyenne sept mois deux jours, mais si de cette moyenne nous retranchons le malade de l'observation X, mort d'une maladie intercurrente, nous obtenons une survie de huit mois dix jours. Ces résultats peu satisfaisants doivent être attribués à l'opération tardive ; car les malades ont attendu une aggravation des symptômes pour se faire opérer.

Comme résultat éloigné nous ne possédons que celui de l'observation IV, qui vit 40 mois après l'opération, mais qui a présenté une récidive probable six mois après. Son état général est assez

bon, mais il présente des phénomènes urinaires se traduisant par l'émission, au moment de la miction, de petits caillots qui provoquent de la douleur, mais pas de rétention.

Le malade de l'obervation V vit aussi vingt-huit mois après l'opération sans trace de récidive.

Le malade de l'observation IX vivait un an après sans trace de récidive; il a été perdu de vue ensuite.

Si nous recherchons les résultats publiés par les divers auteurs, nous trouvons :

Hartmann et Terrier (1) publient les résultats de l'opération de deux myomes de la vessie.

1. Femme, 60 ans, opérée pour myome de la vessie qui récidive quatorze mois après ; à la suite d'une deuxième opération, la malade meurt cachectique onze mois après cette dernière intervention.

2. Homme, 36 ans, opéré pour myome pédiculé de la vessie, qui meurt 6 mois après de paralysie générale, sans trace de récidive.

Raffin (2) donne le résultat de l'opération de deux tumeurs de la vessie.

1° Fibrome papillaire qui ne présente pas de trace de récidive vingt-sept mois après l'opération.

(1) *Revue de chirurgie*, 1893.

(2) Raffin, *Lyon médical*, 1892.

2° Epithélioma. — Pas de trace de récidive cinq mois après l'opération.

Pour le premier cas, l'on peut considérer le malade comme guéri ; pour le deuxième, le résultat est trop récent pour en tirer une conclusion.

M. le professeur Pousson, de Bordeaux (1), et Lucciardi (2) publient les résultats suivants :

M. le professeur Pousson a examiné seize tumeurs de la vessie : quatorze chez l'homme, deux chez la femme, dont les premiers symptômes remontent de six mois à trente ans.

La survie moyenne des malades opérés a été de un an quatre mois deux semaines.

La survie moyenne des malades non opérés a été de un an deux mois deux semaines.

Comme le fait remarquer, avec beaucoup de raison, le professeur Pousson, les résultats ne seraient pas très satisfaisants au point de vue de l'intervention, mais comme cet auteur n'est intervenu qu'en présence de symptômes menaçants, la survie obtenue doit être attribuée en grande partie à l'opération.

Lucciardi se demande si une intervention hâtive n'aurait pas donné de meilleurs résultats ; dans

(1) Pousson, *Ann. malad. org. génito-urinaires*, 1895.
(2) Lucciardi, thèse, Bordeaux (1896).

l'incertitude, il conclut à l'intervention tardive, c'est-à-dire lorsque les symptômes la commandent. Cette façon de procéder aboutit le plus souvent à l'intervention palliative qui rend de réels services. Mais les vues du chirurgien doivent viser plus haut, c'est-à-dire la guérison radicale.

Albarran (1) publie les résultats suivants :

En 1892, la mortalité opératoire pour les tumeurs bénignes a été de 6 à 7 0/0 ;

Pour les tumeurs malignes, 45 0/0.

Clado (2) publie une mortalité à peu près semblable : 4 morts sur 62 opérations, pour tumeurs bénignes, c'est-à-dire 6 à 7 0/0.

Dans les statistiques de Clado, nous trouvons 49 morts opératoires sur 111 cas de tumeur maligne, c'est-à-dire 44 0/0.

Au point de vue de la récidive, nous trouvons :

En 1892, 19 0/0 de récidive pour tumeurs bénignes ;

En 1894, 14 0/0 de récidive pour tumeurs bénignes.

Pour les tumeurs malignes, la récidive atteignit :

En 1892, 60 0/0 ;

En 1894, 31 0/0.

D'après cet auteur, cette amélioration doit être

(1) Albarran, *Les tumeurs de la vessie*, 1892. — *Annales mal. org. gén.-urinaires*, 1897.

(2) Clado *Traité des tumeurs de la vessie*, 1895.

attribuée à des résections plus hardies des parties malades.

Au point de vue de la survie, Albarran ne possédait que trois cas de tumeurs bénignes opérées depuis plus de quatre ans.

En 1892, cet auteur suivait 3 malades opérés d'épithélioma, qui vivaient depuis trois ans, deux ans, un an.

Mais, comme le fait remarquer Albarran, « Alors même qu'il s'agit de tumeurs de même nature histologique, les cas peuvent être absolument dissemblables, aussi bien au point de vue de la gravité de l'opération que de la probabilité de la récidive.»

En 1897, sur 29 tumeurs opérées, nous trouvons : 6 papillomes, 22 épithéliomas et un sarcome.

Les six papillomes n'ont pas récidivés.

Sur les vingt-deux opérés pour tumeur maligne, la mortalité est tombée à 26 0|0.

Albarran a suivi sept opérés de tumeurs malignes :

1. Homme de 48 ans. Epithélioma sessille. Pas trace de récidive 3 ans 4 mois après l'opération.

2. Homme. Enorme néoplasme pédiculé. Nouvelle opération onze mois après la première, qui montre une autre tumeur, sans trace de récidive au niveau de la première intervention.

Vingt-deux mois après cette deuxième intervention le malade ne présente pas trace de récidive.

3. Homme. Epithélioma sessille de la grosseur d'une mandarine. Pas trace de récidive cinq ans après l'intervention.

4. Homme. 36 ans, sarcome fuso-cellulaire. Six mois après, pas trace de récidive, perdu de vue depuis.

5. Homme. Première opération pour épithélioma, en avril 1890, par le professeur Guyon. Un an après, récidive ; deuxième opération (symphiséotomie), septembre 1892 ; nouvelle récidive ; troisième opération, septembre 1895 ; nouvelle récidive ; quatrième opération palliative en 1896 ; meurt en 1897. (Albaran a pratiqué trois dernières opérations).

La survie de sept ans peut être attribuée d'après Albarran aux opérations successives.

6. Homme. 38 ans, épithélioma sessile ; meurt de tumeur cérébelleuse six mois après l'intervention.

7. Homme. 50 ans, tumeur englobant l'uretère droit ; ne présente pas de phénomènes vésicaux après l'opération. Va bien un an après l'opération.

Nous voyons, d'après les stastistiques d'Albarran, que la cure radicale des tumeurs malignes de la vessie donne des résultats très satifaisants, puisque dans certains cas où l'examen histologique

de la tumeur a été pratiqué, il a obtenu des survies variant de trois à sept ans.

RÉSULTATS DES CYSTECTOMIES PARTIELLES

Clado (1) donne les résultats immédiats de la cystectomie partielle de vingt-neuf opérés, qui ont donné vingt guérisons opératoires et neuf morts.

Le professeur N. Veliaminoff (2) publie la statistique suivante de cystectomie partielle sur vingt-sept opérés ; il a relaté dix-neuf guérisons opératoires et huit morts.

M. le professeur Jeannel a obtenu deux guérisons sur deux opérations.

Il résulte de ces statistiques que la cystectomie n'aggrave pas le pronostic opératoire ; malheureusement ces auteurs ne donnent pas les suites éloignées.

RÉSULTATS DES CYSTECTOMIES TOTALES

Si nous faisons le relevé des cystectomies totales contenues dans ce travail, nous constatons les résultats opératoires suivants :

(1) Clado. — *Traité des tumeurs de la vessie,* 1895.
(2) Veliaminoff. — *Revue de chirurgie,* 1897.

1° Malade, homme, Bardenheuer, mort.
2° Malade, femme, Pawlich, guérie.
3° Malade, homme, Küster, mort.
4° Malade, femme, Kummel, morte.
5° Malade, femme, Kossinki, guérie.
6° Malade, femme, Chalot, guérie.
7° Malade, homme, Trendelenburg, guéri.
8° Malade, homme, Vassilieff (1), guéri.
9° Malade, homme, Tuffier, guéri.
10° Malade, homme, Won Viniwarter, guéri.

Les résultats, à première vue, semblent très encourageants ; mais nous devons nous rappeler que les résultats immédiats sont seuls mentionnés ; il serait plus intéressant de connaître les résultats éloignés ; car eux seuls pourraient déterminer les chirurgiens à pratiquer des traumatismes aussi considérables ; car des résections partielles donneraient peut-être des survies plus considérables.

(1) Vassilieff. *Ann. mal. org. génito-urinaires*, p. 876, 1897.

CONCLUSIONS

1° Pour les tumeurs de la vessie, comme pour toutes les autres tumeurs, l'intervention chirurgicale, pour être efficace, doit être précoce;

2° Dans les tumeurs bénignes, l'intervention chirurgicale donne de très bons résultats ;

3° Les tumeurs malignes de la vessie sont justiciables de l'intervention, puisqu'elle a donné des survies dépassant trois et sept ans, dans des cas où le diagnostic histologique avait été fait;

4° La cystectomie partielle n'aggrave pas le pronostic opératoire, tout en permettant une résection plus étendue ;

5° La cystectomie totale pratiquée avec succès immédiats, dans ces dernières années, a élargi les possibilités opératoires, quoique les indications en restent limitées ;

6° Pour les tumeurs qui ont dépassé les limites de l'opérabilité, un traitement palliatif, mais surtout la taille hypogastrique, donne d'excellents résultats, en atténuant les hémorrhagies, suppri-

mant les douleurs et permettant de combattre efficacement l'infection;

7° Il est difficile de donner des statistiques précises quant on étudie les tumeurs de la vessie, à cause de la terminologie encore confuse et des obscurités anatomiques que présente la constitution de ces tumeurs.

Vu : *Le Président de la thèse,*

JEANNEL

Vu : *Le Doyen,*

LABÉDA

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 22 juillet 1899.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,

PERROUD

BIBLIOGRAPHIE

ALBARRAN. — Les tumeurs de la vessie (1892).

— Résultats de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie (*Annal. mal. org. genito-urinaires*, 1897).

BENSA. — Extirpation totale de la vessie pour tumeur (Th. Paris, 96)

BRIDOUX. — Adénome vésical (Th. Lyon, 1897).

CLADO. — Traité des tumeurs de la vessie (1895).

— Résection de la vessie (*Arch. gén. méd.*, 1895).

FINCH. — Traitement du cancer de la vessie (Th. Lyon, 1897)

GUYON. — Leçons cliniques (1894-97).

LUCCIARDI. — L'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie (Th. Bordeaux, 1896).

POUSSON. — Résultats de l'intervention chirurgicale pour les tumeurs de la vessie (*Ann. org. gen.-urinaires*, 1895).

RAFFIN. — Résultats éloignés du traitement des tumeurs de la vessie (*Lyon médical*, 1892).

THOMPSON. — Leçons cliniques, maladies des voies urinaires (Trad. par le Dr Jamain), 1889

TERRIER et HARMANN. — Myomes de la vessie (*Revue de chirurgie*, mars 1895).

TUFFIER et DUJARRIER. — Extirpation de la vessie pour tumeur (*Revue de chirurgie*, 1898).

WON WENIWARTER. — Extirpation de la vessie pour néoplasme (*Ann. org. gen.-urin.*, 1898).

VELIAMINOF. — Résection particlle de la vessie cancéreuse (*Revue de chirurgie*, 1897).

Toulouse. — Imprimerie VIALELLE et PERRY, rue du May, 1.